

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 052844

ND: 3890

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3117 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DITIBI Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DITIBI Ned

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-052844

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/06/2016	consultation Echogramme	15	800 MAT	DR.ZAINOUNE MOHAMMED Médecin Service des urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADIA EQ3 Zone 3 Route d'Azemour Dar Bouazza - Casablanca	05.01.2023	174.43

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



A: CASA Le: 04/06/2020

Bravo Dr Hibi Mohammed

1) profenid Gel

1 App x 3, 15

2) Nebu

1 App x 3, ✓

PROFENID 2,5%
GEL T60G
LOT : 19E006
PER : 10/2021
P.P.V : 34DH40
6 118000 060550

S.V

traumatiques ou infectées,
Etendre une couche d'un
soignement les restes
de 140,00
NOVOPHARMA LOT
en R 140,00

S.V
Dar Bouazza - Casablanca
PHARMACEوت الدار
BADIA

Dr. ZAHNOUNE Mohamed
Service de urgences

06 61 11 33 69 24H/7J

Adresse: 258, Rue Mustapha El Maani Bureau N°10 3ème étage Casablanca

24H/7J En cas d'urgence appeler: 0661 11 33 69

Email: Drmzahnoune@gmail.com

Ou clinique Jerrada Oasis : 05 22 23 81 81

AUTO 10mm/mV



10mm/mV



10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV

V4

V5

V6

AUTO 10mm/mV

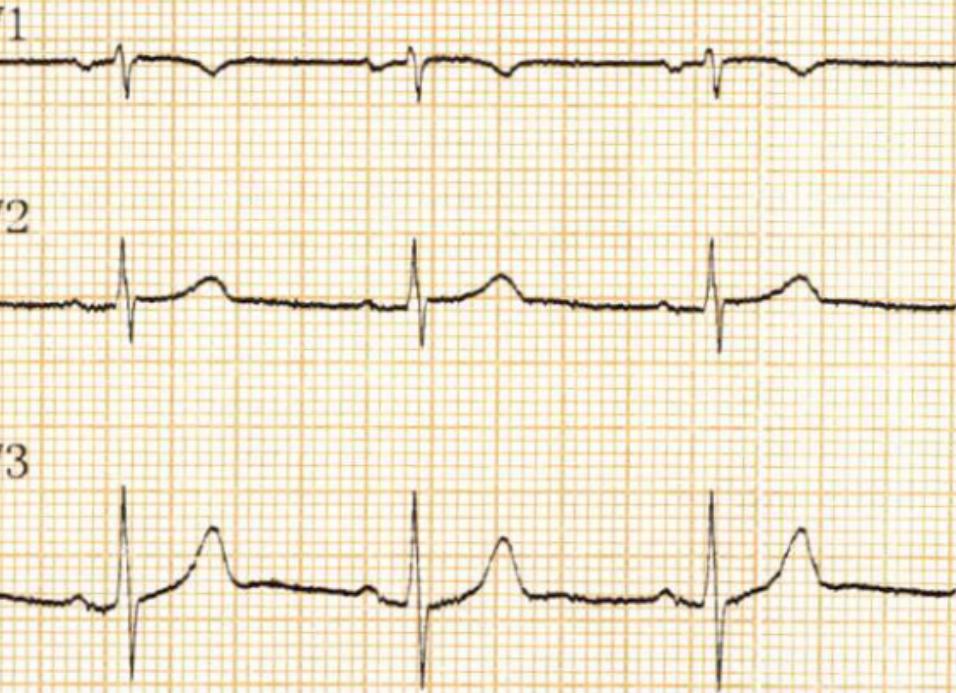


25mm/s AC50Hz+DFT

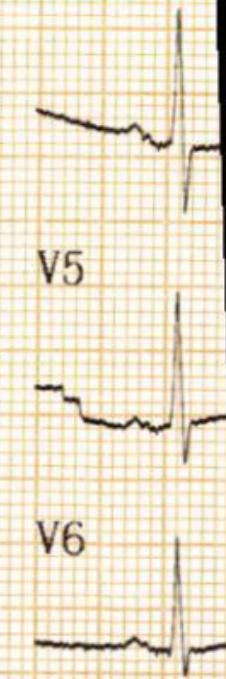
10mm/mV



10mm/mV



10mm/mV
V4



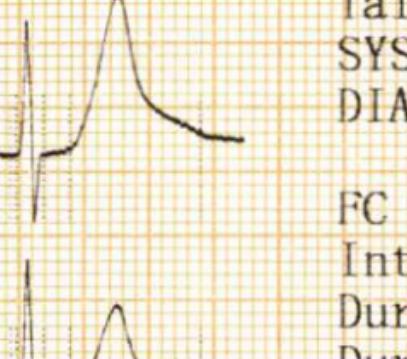
10mm/mV



10mm/mV



10mm/mV



25mm/s

1970-01-04 02:07

ID: _____

Nom: _____

Sexe: _____

Taille: _____ cm

Poids : _____ kg

SYS: _____ mmHg

DIA: _____ mmHg

FC bpm : 66

Intervalle PR ms : 287

Durée P ms : 270

Durée QRS ms : 82

Durée T ms : 402

QT/QTc ms : 565/594

Axe P/QRS/T deg : 70.2/-9.8/60.6

R(V5)/S(V1) mV : 0.98/0.30

R(V5)+S(V1) mV : 1.29

<< Conclusions >>

Hypertro. auric. Gche;

Dévia. ax. gche modérée;

Bloc de branche droit incomplet;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin _____

Hypertro. auric. Gche
Deviia. ax. gche modéree;

sp

Ag

ID: Nom: Sexe: Taille: SVS: DIA:

The figure consists of two horizontal lines plotted on a grid of squares. The top line starts at approximately the 10th square from the left and ends at the 15th square. It has a wavy, oscillatory pattern. The bottom line starts at approximately the 12th square and ends at the 17th square, also showing a similar wavy pattern.

This figure shows a portion of an ECG tracing on grid paper. The top lead is labeled 'AVR' and the bottom lead is labeled 'AVL'. Both leads show a normal sinus rhythm with a rate of approximately 60-80 bpm. The tracing is relatively flat between the two leads.

10

« Conclu

1970-01-04 02

Mede

